PIELĘGNIARKA POLSKA

MIESIĘCZNIK POLSKIEGO STOWARZYSZENIA PIELĘGNIAREK ZAWODOWYCH

Rok X 1938 Nr 6

Każda ambicja jest uprawniona prócz tych, które pną się w górę po ludzkiej łatwowierności i ludzkich nędzach.

(Conrad-Korzeniowski)

Pielęgniarka Polska Nr. 6

TREŚĆ:

L'Infirmière Polonaise Nr. 6

SOMMAIRE:

Adres Redakcji i Administracji: **Kraków, ul. św. Krzyża L. 11.** **Konto PKO 409 — 450.**

Cena prenumeraty: rocznie 6 zł. (przy zaległościach 8 zł.) kwartalnie 2 zł., miesięcznie 70 gr.

Redakcja prosi o nadsyłanie rękopisów czytelnych, pisanych po jednej stronie arkusza. Rękopisów nie zwraca.

Następny zeszyt „Pielęgniarki Polskiej", podwójny, ukaże się w końcu sierpnia

Rok X Czerwiec 1938 Nr 6

PIELĘGNIARKA POLSKA

CZASOPISMO POLSKIEGO STOWARZYSZENIA PIELĘGNIAREK ZAWODOWYCH

WYCHODZI POD REDAKCJĄ HANNY CHRZANOWSKIEJ I MARII STAROWIEYSKIEJ

Kliniki szkolne w Brukseli

Istnieją dwa zasadnicze kierunki w organizacji opieki higieniczno-lekarskiej nad dziećmi szkolnymi: jeden z nich polega na dozorze higieniczno-sanitarnym i systematycznych badaniach dzieci, drugi — przede wszystkim na leczeniu.

W Polsce stosuje się pierwszy z tych systemów, jakkolwiek obserwuje się już próby kierunku drugiego w postaci państwowych poradni szkolnych we Lwowie i przychodni szkolnych w Wilnie.

W Belgii lecznictwo dzieci szkolnych oraz opieka higieniczno-sanitarna zorganizowane są w formie ambulatoriów, t. zw. klinik szkolnych (*cliniques scolaires*).

Organizację tę wysunęło samo życie, ustawodawstwo bowiem — podobnie jak nasze [1]) — nie uwzględnia leczenia chorych dzieci. „Nadzór lekarski szkolny nie pozwala na leczenie stwierdzonych cierpień" — mówi art. II. rozporządzenia Ministerstwa Nauk i Sztuk z 1921 r., zawierającego podstawowe, do dziś obowiązujące wskazania ogólne [2]).

Obowiązek bezpłatnego utrzymywania nadzoru lekarskiego w szkołach powszechnych spoczywa na gminie.

Szkolny nadzór lekarski polega na badaniu dziecka z chwilą jego wejścia do szkoły; następnie na jednorazowym badaniu w ciągu każdego roku szkolnego; wreszcie — na częstym badaniu dzieci, wymagających

1) Rozporządzenia i okólniki w sprawach higieny szkolnej. Warszawa, 1928.

2) *Règlement organique du Service d'Inspection médicale scolaire. Ministère des Sciences et des Arts. Bruxelles, 1921.*

specjalnej opieki lekarskiej. Poza tym obejmuje walkę z chorobami zakaźnymi w szkole oraz nadzór nad budynkami i urządzeniami szkolnymi.

Art. III. powyższego rozporządzenia mówi o sporządzaniu dla każdego ucznia t. zw. książeczki zdrowia (*carnet sanitaire*), której omówieniem zajmuje się osobne zarządzenie.

Bardzo szczegółowo uwzględniona jest w rozporządzeniu sprawa walki z chorobami zakaźnymi w szkołach. Duży nacisk położony jest na współpracę lekarza i higienistki szkolnej z personelem nauczycielskim. Mimo, że ustawa nie przewiduje leczenia dzieci, to jednak w praktyce przekonano się, że wyłącznie badanie i kierowanie dzieci do leczenia nie daje pożądanych rezultatów. Sprawę leczenia dzieci, poprawiania wielu wad fizycznych wrodzonych lub nabytych oraz ścisłą kontrolę nad wskazaniami lekarskimi rozwiązano w drodze tworzenia klinik szkolnych.

Pierwszą klinikę szkolną w Brukseli zorganizował dr. Charlier w gminie Anderlecht[1]). Mieści się ona we własnym piętrowym budynku. Roztacza opiekę nad 32 szkołami, t. j. nad około 10 tys. dzieci. Personel stanowią: lekarz naczelny, 2 lekarzy internistów, dentysta, okulista, laryngolog i dwóch specjalistów gimnastyki ortopedycznej oraz osiem pielęgniarek, z których jedna pełni obowiązki kierowniczki, druga jest stale zatrudniona w klinice jako asystentka lekarzy, pozostałe utrzymują kontakt między szkołą, kliniką i rodziną. Każdy specjalista ma swój gabinet i oznaczone godziny przyjęć.

Z początkiem roku szkolnego klinika rozsyła do każdej szkoły drukowane blankiety, na których wychowawca klasy wpisuje dzieci i wypełnia część rubryk według podanego tu obok schematu.

Po wpisaniu danych do odpowiednich rubryk, szkoła odsyła te blankiety do kliniki. Jednocześnie posyła się rodzicom do wypełnienia kwestionariusze, zawierające szczegółowe pytania, dotyczące zawodu rodziców, stanu ich zdrowia, zdrowia dziadków i rodzeństwa, poza tym — dat ząbkowania dziecka, początku chodzenia i mówienia, szczepień oraz przebytych chorób. Kwestionariusz w zalepionej kopercie wraca do kliniki.

Na badania ogólne przychodzą dzieci grupami (około 25), z odleglejszych szkół są przywożone.

Mając dane od rodziców i nauczyciela oraz na podstawie badania lekarskiego, wypełnia się dla każdego nowego ucznia t. zw. książeczkę zdrowia. Ma ona formę książeczki kilku, lub kilkunastostronicowej o odmiennym kolorze dla dziewcząt i chłopców. Zawiera wykres miary i wagi, rubryki o stanie wszystkich narządów (szczegółowiej omawia wzrok i uzę-

---

[1]) Bruksela jest podzielona na 18 gmin miejskich, w których zauważyć można pewne różnice organizacji i systemu pracy w wielu dziedzinach. Dotyczy to również klinik szkolnych. Pracę niniejszą oparto na podstawie zwiedzania klinik szkolnych w dwóch gminach miejskich: Jette i Anderlecht.

W z ó r b l a n k i e t u:

Nr. szkoły ....

Rok nauczania ....

Nazwisko wychowawcy ....

Skąd przybyło	Imię i nazwisko dziecka	Adres	Rok urodzenia	Wzrost	Waga	Ostrość wzroku oko		Ostrość słuchu ucho		Wypełniają specjaliści			Informacje dla kierownictwa szkoły						Rady dla rodziców; obserwacje
						prawe	lewe	prawe	lewe	Oczy	Gardło, nos etc.	Zęby	Gimnast. lecz.	Zakaz kąpieli	Zakaz wysiłku fiz.	Dożywianie	Kolonie	Nauka specjalna	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Podpis pielęgniarki

....

bienie), dane o pobycie na koloniach, o badaniach specjalnych, wyniki analiz i t. p. Służy przez cały czas szkoły; jest jakby dowodem osobistym, odzwierciedlającym stan zdrowia każdego ucznia. Według ustawy z 1921 r. książeczka jest wypełniana w dwóch kopiach i przechowywana w klinice. Kiedy uczeń opuszcza szkołę, zwraca mu się jego książeczkę zdrowia, aby mógł ją przedstawić w innym zakładzie naukowym.

W klinice obowiązkowe są tylko badania; na leczenie rodzice wyrażają osobną zgodę. Ustawa pozwala również na wypełnianie książeczki zdrowia przez lekarza domowego i zwracanie jej, po wypełnieniu, lekarzowi szkolnemu. Książeczka zdrowia może zawierać tylko informacje możliwe do ujawnienia. Dane o charakterze poufnym lub czysto klinicznym lekarz wciąga do specjalnej karty, dostępnej tylko lekarzom i pielęgniarkom.

Masowe badania lekarskie, dokonywane na początku roku szkolnego, pozwalają na odpowiednie rozszeregowanie dzieci, wyznaczenie dzieci wymagających szkoły specjalnej, dożywiania, kuracji klimatycznej, specjalnego wychowania fizycznego, gimnastyki ortopedycznej i t. p. Wszelkie schorzenia, rozpoznane przy badaniach masowych lub doraźnych oraz okresowych, dokonywanych u dzieci poddanych specjalnej obserwacji lekarskiej — są leczone systematycznie w klinice szkolnej. Oczywiście z wyjątkiem przypadków, wymagających leczenia szpitalnego lub specjalnego, wykraczającego poza kompetencje kliniki szkolnej.

Każda poradnia w klinice szkolnej ma bardzo starannie prowadzoną kartotekę leczonych dzieci. Pomoc dentystyczna jest bezpłatna dla wszystkich dzieci — zarówno biednych, jak i zamożniejszych.

Rola pielęgniarek szkolnych polega na oględzinach dzieci w szkole, kierowaniu na leczenie i dopilnowaniu go, odwiedzinach chorych dzieci w domu oraz ogólnym koordynowaniu pracy szkoły, kliniki i rodziny. Wreszcie — w samej klinice — na prowadzeniu kartotek, asystowaniu przy badaniach i dokonywaniu drobnych zabiegów.

Klinika szkolna w gminie Jette ma nieco odmienną organizację. Mieści się przy ośrodku zdrowia, będącym jednocześnie terenem praktyki słuchaczek szkoły pielęgniarstwa.

Dzieci są pielęgniarkom dobrze znane, jako pochodzące ze środowisk stale odwiedzanych dla wielu powodów, jak niemowlęctwo, walka z gruźlicą i t. p.

Ośrodek Zdrowia wraz z kliniką jest centrum opieki zdrowotnej dla dzieci od chwili urodzenia, a nawet przedtem (poradnia dla matek ciężarnych) — aż do ukończenia szkoły. To zespolenie opieki higieniczno-lekarskiej nad dzieckiem szkolnym z akcją ośrodka zdrowia, pozwala na wszechstronne wniknięcie w sprawy zdrowia dziecka szkolnego. Obejmuje nie tylko leczenie dziecka w klinice, lecz i działalność zapobiegawczą w jego rodzinie.

Książeczka zdrowia kliniki szkolnej gminy Jette jest znacznie obszerniejsza od omawianej poprzednio. Zakłada się ją już dla niemowlęcia z chwilą zgłoszenia się matki do poradni. Przez cały okres niemowlęctwa notuje się obserwacje co miesiąc, potem raz do roku. Po skończeniu szkoły, lekarz wpisuje wskazania, dotyczące wyboru zawodu. Książeczka zdrowia wykracza następnie poza wiek szkolny; zawiera dane lekarskie w związku ze służbą wojskową, wynik badania przedślubnego i może służyć nawet do późnej starości.

Książeczka niewielka, o sztywnej okładce, o formie dogodnej do robienia notatek, odpowiednio porubrykowana, łatwa do przechowania — daje doskonały obraz rozwoju fizycznego i przebytych cierpień oraz ułatwia kontrolę stanu zdrowia.

Należy również zaznaczyć, że każdy wychowawca szkolny ma kartotekę kart indywidualnych uczniów swej klasy z notatkami dotyczącymi wagi, miary, przebytych chorób, wyniku badań lekarskich, leczenia i t. p. Karta zdrowia zawiera również obserwacje natury ściśle pedagogicznej. Na rogu karty nalepione są różnokolorowe znaki umowne, oznaczające różne dolegliwości, na które należy zwracać uwagę, np. wątłość, nerwowość, choroba serca, płuc i t. p.

Kliniki szkolne prowadzą na szeroką skalę akcję dożywiania dzieci, szkoły na świeżym powietrzu, kolonie, półkolonie i t. p.

Wszystkie dzieci szkolne są ubezpieczone od wypadku, mającego związek ze szkołą. Składek nie płacą, ubezpiecza je gmina.

System klinik szkolnych w organizacji opieki higieniczno-lekarskiej oraz w planowej akcji nad podnoszeniem kultury fizycznej ma doniosłe znaczenie. Zwłaszcza, gdy kliniki są tworzone przy ośrodkach zdrowia. Dają one bowiem możność zapobiegania chorobie, objęcia całokształtu spraw zdrowotnych dziecka oraz poprawiania dostrzeżonych wad.

Same badania dokonywane na terenie szkoły i kierowanie dzieci na leczenie — nie mogą osiągnąć zamierzonego celu. Szczególnie w chorobach najczęściej u dzieci w wieku szkolnym spotykanych, jak choroby oczu, gardła, nosa, uszu, zębów. Te właśnie specjalności poza chorobami wewnętrznymi i ogólną podręczną chirurgią są przede wszystkim uwzględniane w klinikach szkolnych.

Nie wystarczy stwierdzenie u dziecka jakiegoś schorzenia i polecenie, aby się leczyło. Nawet powiadomienie o tym rodziców często nie odnosi skutku z takich powodów, jak brak zrozumienia konieczności leczenia, brak środków materialnych, wreszcie brak czasu i możności zajęcia się sprawą leczenia dziecka. Należy dziecka dopilnować, należy mu leczenie ułatwić, co właśnie można osiągnąć przy systemie zgrupowania różnych poradni pod jednym dachem w pobliżu szkoły, pod nadzorem jednego lekarza, pediatry-społecznika, z możnością jak największej kontroli i dopilnowania leczenia dzieci przez higienistki. Względy techniczne odgrywają tu wielką rolę toteż wydaje się, że przy formieześrodkowania lecznictwa dzieci w jednym punkcie unika się chaosu i przypadkowości, jakie się obserwuje przy innych systemach opieki higieniczno-lekarskiej nad dziećmi szkolnymi.

Wreszcie — przy racjonalnym, odpowiednio uproszczonym sposobie prowadzenia kartotek i książeczek zdrowia osiąga się jak najwszechstronniejszą kontrolę nad stanem zdrowia i ogólnego rozwoju dziecka.

Maria Aszoff
Abs. Warsz. Szk. Piel.

SERDECZNE ŻYCZENIA
jak najlepszego spędzenia
letnich wywczasów
składa Czytelnikom „Pielęgniarki Polskiej"
REDAKCJA

Praca lekarza a praca pielęgniarki

Pod powyższym tytułem dr. Janina Misiewicz wygłosiła referat na jednym z ostatnich zebrań Stowarzyszenia b. Wychowanek Warszawskiej Szkoły Pielęgniarstwa. Podajemy tu streszczenie tego referatu pragnąc, aby szeroki ogół pielęgniarek poznał zawarte w nim myśli.

Dr. Misiewicz zaznacza na wstępie, że przemawiając do pielęgniarek, czuje się do tego uprawniona nie tylko jako lekarz, ale jako ta, co wśród trzeciego roku studiów przeszła podczas wojny półroczny kurs pielęgniarski, który dzięki praktyce dał jej poznać chorego od strony innej, niż go zazwyczaj ogląda lekarz — właśnie od strony pielęgniarskiej. Na podstawie swej dwudziestoletniej pracy lekarskiej, wyżej wspomnianych doświadczeń pielęgniarskich oraz pracy pedagogicznej — asystentki uczącej medyków, prelegentka doszła do wniosku, że lekarze, którzy nie pracowali z pielęgniarkami dyplomowanymi, nie rozumieją co to jest pielęgniarstwo, a z tego niezrozumienia płynie albo niedocenianie go, albo też stawianie pielęgniarkom wymagań, przekraczających ich kompetencje, jak na przykład — wykonywanie zastrzyku dożylnego.

W odczycie swym pod nazwą „pielęgniarka“ prelegentka będzie rozumiała tylko pielęgniarkę dyplomowaną, i jej prace i zadania porównywać będzie z pracą i zadaniami lekarza.

W starożytności lekarz był zarazem pielęgniarzem, zawody te nie były od siebie oddzielone. Grecki wyraz „terapeuta“ znaczy — „posługacz“. W średniowieczu pielęgniarstwo, wykwit miłosierdzia, obejmowało raczej tych, którzy nie byli leczeni — jak np. trędowatych (Lazaryści). Później następowało coraz silniejsze rozgraniczenie pojęcia „lekarz“ od pojęcia „pielęgniarka“ — aż przed stu laty rozgraniczenie to stało się całkowite.

Zadaniem lekarza jest rozpoznawanie i leczenie choroby. Praca pielęgniarki idzie tu równolegle, gdyż obserwacja pielęgniarska przyczynia się do ustalenia rozpoznania, a wykonywanie zleceń, t. j. podjętej przez lekarza metody leczniczej — do leczenia. Tu należy zaznaczyć, że kliniki uniwersyteckie nie są właściwym polem praktyki uczennic, gdyż tam, gdzie na jednego chorego przypada często aż dwóch lekarzy, tam obserwacja pielęgniarska nie może być należycie brana pod uwagę; gdzie indziej przeciwnie, lekarz z zainteresowaniem słucha sprawozdania pielęgniarki.

Zarówno lekarz jak pielęgniarka powinni znać objawy chorobowe i rozumieć zasady metod leczniczych. Czy z tego wynika, że pielęgniarka powinna być jakimś powierzchownie wykształconym lekarzem, lekarzem tańszym, wzywanym zamiast lekarza droższego? Gdyby pielęgniarka miała się uważać za rodzaj gorszego lekarza, prowadziłoby to do zespołu poczucia niższości, który mają te właśnie pielęgniarki, co nie należycie rozumieją swój zawód i pytają same siebie: „czemu nie jestem lekarzem?“ Pielęgniarka, która z rozgoryczeniem zadaje sobie takie pytanie, przestaje być pielęgniarką, przestaje należycie spełniać swe obowiązki. Taki zespół poczucia niższości płynie z dwóch źródeł: po pierwsze stąd, że na pielęgniarkę spada przede wszystkim rola wykonawcza, a po wtóre z form zewnętrznych: subordynacji i dyscypliny służbowej. Ale czy te przyczyny są istotne? Czyż rola wykonawcza jest niższa niż ustawodawcza? Podobnie, jak w życiu politycznym i społecznym dobrze zorganizowana władza wykonawcza ułatwia wykonanie ustawy, tak i praca pielęgniarki, wykonującej zarządzenia leka-

rza, wpływa istotnie na wynik leczenia. I tu da się odczuć różnica między pielęgniarką wykwalifikowaną a nie wyszkoloną, która potrafi np., zapomniawszy dać rano, w południe i wieczór po jednym proszku opium z tanalbiną choremu na biegunkę gruźliczą, dać mu wieczór trzy proszki naraz dla wyrównania błędu — w rezultacie trzeba ratować chorego zatrutego opium. W niektórych chorobach wynik leczenia zależy bardziej od pielęgniarki niż od lekarza, jak w durze brzusznym, tężcu, chorobach serca, gdzie wszystko zależy od umiejętnej pielęgniarskiej opieki, zmierzającej do oszczędzania ruchów chorego. Ta rola „wykonawcza" jest więc równie zaszczytną, jak rola „ustawodawcza".

Dyscyplina zawodowa (którą tak wyrabia w swych uczennicach Warszawska Szkoła Pielęgniarstwa), owa „postawa na baczność" wobec lekarza ma na celu podtrzymanie i wzmożenie autorytetu lekarza wobec chorego. Chociaż lekarz może być mniej kulturalny, mniej inteligentny od pielęgniarki, ta ostatnia jednak musi wobec niego zachować właśnie służbową postawę. Postawy tej nie mogą też zmienić stosunki towarzyskie utrzymywane poza terenem pracy. Poufałe, koleżeńskie traktowanie lekarza przez pielęgniarkę utrudniałoby mu jego zadania. Dla chorych lekarz jest przecież owym wtajemniczonym, któremu powierzają życie; zachowanie się pielęgniarki pełne skupienia i powagi potwierdza wagę jego zleceń. Odwrotnie — swobodna, towarzyska rozmowa pielęgniarki z lekarzem, (podobnie, jak i palenie papierosów), podrywa w chorych zaufanie i do pielęgniarki i do lekarza. Zachowanie dyscypliny służbowej jest konieczne także i w nieobecności chorego, gdyż wtedy tylko wobec chorego zachowanie się pielęgniarki i lekarza będzie cechowała naturalność. Podobnie jak dyscyplina nie ubliża nikomu w wojsku, tak nie ubliża i tu, gdzie jej wymaga wyższa konieczność, najwyższe prawo — dobro chorego.

Czy z tego wynika niższość socjalnej pozycji pielęgniarki? Nie, pielęgniarka należy, podobnie jak lekarz, do inteligencji pracującej. Niższości tej nie odczuwają lekarze. Że równość społeczna naprawdę istnieje, tego dowodzą najlepiej liczne małżeństwa pielęgniarek z lekarzami.

Jakie są podobieństwa obu zawodów? Przede wszystkim oba wymagają jednakowych cech charakteru. Umiejętność opanowania odruchów to pierwsza z tych cech, wyrabiana od początku w uczennicach szkół pielęgniarstwa. A cecha ta jest przecież konieczna, aby nie zdradzić się z niepokojem o chorego, aby np. jeżeli zachodzi potrzeba mierzenia mu tętna co dziesięć minut, czynić to z całym spokojem. Tu należy kłamstwo zawodowe — nie wolno przecież powiedzieć choremu, że jest nieuleczalnie chory. Z tego jednak zakazu wynika szereg kłamstw, ale to przywyknięcie do kłamstwa nie może zacierać całkowitej prawdy między pielęgniarką a lekarzem. Jeżeli pielęgniarka czegoś zapomniała wykonać, czy czegoś nie zdołała zaobserwować, powinna to oczywiście powiedzieć z całkowitą otwartością i dlatego, aby nie kłamać i dla dobra chorego. Do dalszych cech wspólnych należy opanowanie uczuciowe, a więc gniewu, a nawet opanowywanie zbytniego wylewu uczuć dodatnich. Chory powinien lubić pielęgniarkę i lekarza, ale ich nie kochać. Nadmierny stopień uczuciowości przeszkadza. Podobnie lekarz i pielęgniarka nie powinni stawać się wobec chorego nadto uczuciowi, aby nie tracić zdrowego rozsądku. Wiadomo, jak o niego trudno wobec najbliższych — dlatego lekarze nie leczą własnych dzieci. Zbytnia uczuciowość przeciwstawia się obserwacji,

prowadzi do rozdrobnienia się w szczegółach, zaciera istotny obraz. Toteż zbytnie zbliżenie towarzyskie między pielęgniarką a chorym jest szkodliwe. Są pielęgniarki, które dużo opowiadają o sobie — jeżeli będą to opowiadania optymistyczne, chory poczuje się tym biedniejszy, jeżeli przeciwnie, pielęgniarka zacznie się uskarżać, chory poczuje się skrępowany, i onieśmielony w swoich wymaganiach. Chory nie powinien znać nastroju lekarza i pielęgniarki, wymaga on, aby ich cała myśl jemu była oddana.

Następna cecha to umiejętność skupienia uwagi na chorym: każdy z kilkudziesięciu musi być przekonany, że w danej chwili i lekarz i pielęgniarka myśli wyłącznie o nim.

Za mało na ogół jest rozumiany obowiązek zachowania tajemnicy zawodowej. A tajemnica obejmuje przecież wszystko, co pielęgniarka i lekarz wiedzą o chorym z racji swego stosunku zawodowego do chorego i jego rodziny, to wszystko jest tajemnicą, o tym wszystkim nie wolno mówić poza domem pacjenta czy szpitalem, a już nigdy podawać nazwisk.

Czy wobec tych wszystkich podobieństw obu zawodów nie byłoby ideałem połączenie lekarza i pielęgniarki w jednej osobie? Nie. Wyobraźmy sobie chorego, którego pielęgnuje lekarz, jednocześnie kierujący leczeniem. Chory taki swoje niezadowolenia, pragnienia dotyczące zmiany leków, zabiegów, kierowałby do lekarza, nie dawałby mu spokoju, wiedząc, że lekarz może coś zmienić. Tymczasem pielęgniarka, której nie wolno o zmianie kuracji decydować, wykona wszelkie zlecenia, nie da się zbić z tropu skargami chorego. Poza tym ciągłe przebywanie z chorym i zwracanie uwagi na szczegóły nie pozwoliłyby lekarzowi na wykonanie właściwych zadań, na zachowanie obiektywizmu koniecznego do rozpoznania i leczenia choroby. Lekarz-pielęgniarz mógłby przestać być w oczach chorego — lekarzem, co doprowadzałoby do zwoływania ciągłych konsyliów. Wynika z tego, że lekarz nie może spełnić swych zadań bez pomocy pielęgniarki. Podobnie pielęgniarka nie może obejść się bez lekarza, nie rozpoznając choroby, nie ustalając metody leczenia.

Z powyższych rozważań wynika, że między obu zawodami nie ma przeciwstawieństw, które by przeszkadzały wzajemnej współpracy i wzajemnemu zaufaniu. Trudność stanowi fakt, że poziom pielęgniarek w Polsce jest zbyt rozmaity — ale przecież ustawowo przewidziany dalszy rozwój pielęgniarstwa dąży do koniecznego w tej dziedzinie uporządkowania.

Po referacie wywiązała się dyskusja. Poruszono w niej szereg bolączek zawodu pielęgniarskiego. Kliniki uniwersyteckie powinny być obsadzone absolwentkami szkół i to w dostatecznej liczbie — aby medycy, ucząc się medycyny, uczyli się jej na terenach wzorowych pod względem pielęgniarskim. Tymczasem obecnie szereg klinik nie ma należytej obsługi pielęgniarskiej, tak, że młodzi adepci medycyny nie orientują się wcale w wartości i niezbędności pracy dyplomowanych pielęgniarek. Dalej mówiono o konieczności wprowadzenia wiadomości z pielęgniarstwa do programu studiów lekarskich, tak, jak się to dzieje za granicą. I tak np. w Wiedniu na klinice dziecięcej wszyscy medycy praktykują pod okiem pielęgniarek, ucząc się wszelkich czynności, które obejmuje pielęgnowanie dziecka. Jest to ważne nie tylko dlatego, że lekarz uczy się wykonania zabiegów, ale i dlatego, że w ten sposób może wniknąć w istotę pracy pielęgniarskiej, zorientować się ile czasu pochłania ta lub inna czynność przy takiej a takiej ilości

chorych. Dr. Misiewicz jest zdania, że w naszych warunkach ćwiczenia takie dla medyków powinien prowadzić lekarz, znający pielęgniarstwo.

Poruszono dalej kwestię „różnicy społecznej", która jednak istnieje, a to dlatego, że pobory pielęgniarskie są najczęściej tak niskie, iż nie pozwalają na życie na poziomie naprawdę kulturalnym. Najgorszy jest brak możności awansu w wynagrodzeniu. Naczelna pielęgniarka w szpitalu powinna mieć wynagrodzenie daleko wyższe niż to, które ma obecnie (podobnie zresztą jak i dyrektor szpitala) a stanowisko pielęgniarki naczelnej powinno być przewidziane w każdym budżecie. Niestety nie ma u nas tradycji starszej pielęgniarki — może i dlatego, że w pielęgnujących zgromadzeniach zakonnych starsza siostra nadzoruje zazwyczaj dom sióstr, a nie oddział szpitalny.— W szpitalach wojskowych zdarza się, że ordynatorzy nie pozwalają pielęgniarce starszej na wnikanie w istotę pracy pielęgniarskiej, chcąc ograniczyć jej obowiązki tylko do funkcyj administracyjnych. A nie znając istoty tej pracy, lekarze często nie orientują się, co pielęgniarka może wykonać i z tego wynikają takie fakty, jak przydzielenie jednej jedynej pielęgniarce sali z 20 staruszkami, ze skomplikowanymi złamaniami nóg — jak pielęgniarka może w tych warunkach zadowolić chore, lekarzy i okazać swoją wartość?

Dalej poruszono sprawę „uczucia niższości" u pielęgniarek, które bywa wywołane lekceważącym zachowaniem się lekarzy, oraz sprawę zbytniej z konieczności samodzielności pielęgniarek po wiejskich ośrodkach zdrowia.

Zebranie zakończyła Prelegentka, wzywając do wyrabiania tradycji pielęgniarskiej w Polsce, tradycji, której w krótkim czasie się nie wykuwa. Pielęgniarki powinny też ściślej wniknąć w społeczeństwo ze swoimi postulatami i dążeniami, stać się ławniczkami, posłankami — co rozszerzyłoby znajomość pielęgniarstwa w społeczeństwie i przyniosło mu ogromną korzyść.

Rzadko które zebranie Absolwentek Warszawskiej Szkoły Pielęgniarstwa wzbudziło wśród uczestniczek tak znaczne zainteresowanie. Dr. Misiewicz, poruszając zagadnienia tak istotne, sięgając przy tym do psychologicznych źródeł obu zawodów, okazała nie tylko głębokie zrozumienie pielęgniarstwa, ale i prawdziwą dla pielęgniarek życzliwość.

H. C.

W następnym numerze „Pielęgniarki Polskiej" —
ciąg dalszy **„Wytycznych pracy pielęgniarki społecznej".**

Koszulka dla niemowlęcia chorego na egzemę

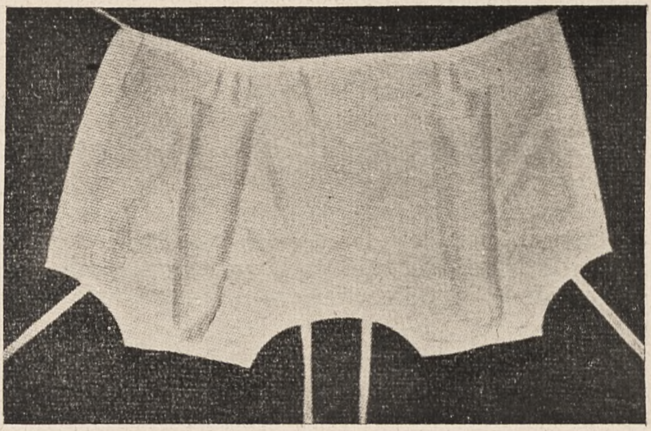
Pielęgniarki, które pracują na oddziałach niemowlęcych, wiedzą dobrze, jak trudno pielęgnować niemowlę chore na egzemę, to znaczy, jak trudno zapobiec, aby dziecko się nie drapało.

Niemowlęciu zakłada się zazwyczaj na rączki mankiety z tektury lub aluminium, obejmujące łokcie, a sięgające do połowy ramienia i przedramienia, mankiety takie muszą być mocno przywiązane i prowadzą do odparzeń skóry. W innych szpitalach chore biedactwa ubierane są w ko-

szulki lub kaftaniczki o zbyt długich rękawach, których końce wiąże się na brzuszkach, albo przypina się rękawki do pieluszki agrafkami. Czasem całe dziecko owijane bywa w duże pieluszki i krępowane, albo rączki przywiązuje się do prętów łóżeczka. W rezultacie dzidziuś męczy się podwójnie: niepokoi go nie tylko swędzenie wywołane egzemą, ale i niesłychanie niewygodna pozycja, odgniecenia i odparzenia.

Przy tym dzieci umieją się prawie zawsze oswobodzić: ileż to razy pielęgniarka, zwabiona nagłą ciszą spostrzega, że dziecko, zadowolone z odzyskanej swobody, drapie i trze główkę, obmazuje siebie i pościel maścią, krwią z rozdrapanej skóry.

W Uniwersyteckiej Klinice w Wiedniu wprowadzono niedawno specjalne koszulki dla dzieci z egzemą*), oddają one nieocenione



usługi. Dzieci ubrane w takie koszulki nie mogą się drapać, przez co zapobiega się infekcji wtórnej i leczenie postępuje znacznie szybciej. Przy tym koszulki te hamują ruchy dziecka w daleko mniej przykry sposób niż inne systemy, przeguby rąk zostają wolne, nie ma odparzeń.

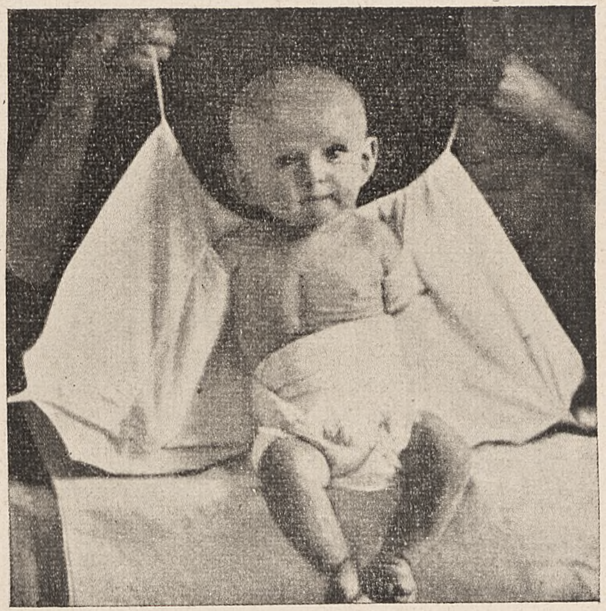
Rączki aż po łokcie spoczywają w głębokich kieszonkach, zastępujących rękawki. Koszulkę zawiązujemy z przodu pod szyjką, następnie zapinamy. Między nóżkami koszulka jest wycięta dla ochrony przed zmoczeniem, wiąże ją się za pomocą szerokich tasiemek między nóżkami, oczywiście na pieluszce założonej jak zwykle (ob. „Zabiegi pielęgniarskie', Pielęgniarka Polska Nr. 12, 1937, albo broszura: str. 67), pod którą podkładamy jednak dodatkową pieluszkę złożoną we czworo, aby grubsza warstwa materiału zapobiegała wrzynaniu się tasiemek w skórę.

*) Elizabeth Angebrand; *Ekzemhemd für Saüglinge* (Międzynarodowy Przegląd Pielęgniarski, Nr. 1, 1938), z tegoż źródła — fotografie.

Oto wymiary koszulki (już spranej) dla dziecka od 4—6 miesięcy.
Długość boków: 35 cm.
Długość z przodu i z tyłu: 30 cm.
Szerokość 64 cm.
Długość kieszonek: 28 cm.
Szerokość kieszonek: 10 cm.
Od górnego brzegu do kieszonek: 7 cm.

Ponad kieszonkami należy uszyć trzy małe zakładki, kieszonki nie mogą być przyszyte płasko.





Wzór koszulek powinny posiadać również ambulatoria i poradnie, aby móc dostarczać ich matkom, pielęgnującym w domu dzieci chore na egzemę.

K. H.

Następny zeszyt „Pielęgniarki Polskiej", podwójny, ukaże się w końcu sierpnia

Pomoc w nagłych wypadkach*)

UTRATA PRZYTOMNOŚCI

Omdlenie

Omdlenie jest to utrata przytomności, spowodowana przez niedokrwienie mózgu. Niedokrwienie mózgu występuje jako skutek różnego rodzaju chorób a więc:

1) wstrząsu nerwowego (odruchowe rozszerzenie naczyń brzusznych, lub zwężenie naczyń mózgu wskutek czego — niedostateczny dopływ krwi do mózgu);

2) niedomogi mięśnia sercowego u osób osłabionych i niedokrwistych (wczesne wstawanie po ciężkich chorobach);

3) krwotoków zewnętrznych i wewnętrznych do jamy klatki piersiowej i jamy brzucha;

4) przegrzania dolnej połowy ciała, np. w wannie zbyt gorącej.

Wskutek niedokrwienia tkanki mózgowej ustaje chwilowo funkcja mózgu. Chory blednie, (widoczne śluzówki ust i oczu tracą swe czerwone zabarwienie), pokrywa się zimnym, lepkim potem, i pada, tracąc przytomność. Tętna albo nie wyczuwa się zupełnie, albo jest ono nitkowate, słabo wypełnione, częstość uderzeń serca zwiększa się i zwykle przekracza 100 uderzeń na minutę. Oddech częsty i powierzchowny. W zależności od ciężkości zasadniczej przyczyny niedokrwienia mózgu i stan głębokości omdlenia bywa różny.

Przy całkowitej niewydolności mięśnia sercowego omdlenie może zakończyć się zejściem śmiertelnym. Zwykle jednak następuje wyrównanie krążenia mózgowego i chorzy wracają do przytomności. Pomoc jednak jest konieczna, ponieważ mózg nie znosi długo niedokrwienia.

Celem ratującego jest przywrócenie krążenia mózgowego. Najprostszym i jednocześnie jednym z najskuteczniejszych sposobów przywrócenia krążenia mózgowego jest ułożenie poziome chorego z nisko opuszczoną głową. Można unieść choremu nogi do góry. Zwykle taki zabieg całkowicie wystarcza. Chorego po przyjściu do przytomności nie należy zaraz sadzać, aby nie nastąpiło ponowne omdlenie. Ze środków farmakologicznych dobrym środkiem jest amoniak w tak zw. solach trzeźwiących. Buteleczkę z amoniakiem przysuwamy do nosa (niezbyt blisko). Amoniak, drażniąc nerwy węchowe, odruchowo pobudza krążenie.

Dalsze postępowanie uzależniamy od przyczyn, które wywołały omdlenie. Chorego, który omdlał z powodu wstrząsu nerwowego, staramy się uspokoić, dajemy 20 kropli waleriany, ew. 0,5 natrii bromati. Bezwzględnie należy takiego chorego usunąć z otoczenia, które wywołało wstrząs.

*) Ob. „Pielęgniarka Polska" 1935, nr 3, 4, 6. 7—8, 9; 11, 12; 1936 nr 4, 6, 9, 10, 11; 1937 nr 7—8.

Chorych omdlałych z powodu niedomogi chorobowej serca, kładziemy do łóżka, podajemy oprócz waleriany nieco czarnej kawy. W przypadkach, kiedy podejrzewamy chorobę sercową, należy wezwać lekarza.

Przy omdleniach spowodowanych krwotokami należy postępować w myśl zasad opisanych w tym piśmie w nr. 6, 7—8, 9, 1935.

Omdlenia spowodowane przegrzaniem dolnej połowy ciała traktujemy jak zwykłe omdlenia, pamiętać jednak należy, że możemy w tych przypadkach mieć do czynienia z niedomogą mięśnia sercowego.

Omdlenie, jak już wspomniałem, w ciężkich swych postaciach może przejść bezpośrednio w zgon. Jednak nie należy zbyt pochopnie stawiać rozpoznania śmierci i od nieprzytomnego nie wolno odejść, dopóki nie przybędzie lekarz. Tylko lekarz ma prawo ostatecznie rozpoznać zejście pacjenta. Dla pobudzenia działalności serca często wstrzykuje się kamforę, kofeinę i inne środki nasercowe i pobudzające.

Wolno je jednak wstrzyknąć wówczas, o ile jesteśmy pewni, że omdlenie nie zostało spowodowane krwotokiem wewnętrznym.

Udar mózgowy

W przeciwieństwie do omdlenia, udar mózgowy jest spowodowany wylewem krwawym do mózgu lub chwilowym przekrwieniem mózgu.

Utrata przytomności występuje albo wskutek ucisku mózgu przez krew, albo wskutek uszkodzenia ważnych dla życia ośrodków.

Chorzy ci mają twarz sino-czerwoną, oddech charczący, utrudniony. Tętno napięte i zwolnione. W przypadkach uszkodzeń dróg nerwowych, występują porażenia skrzyżowane.

Postępowanie nasze winno być więc odwrotne do postępowania przy omdleniach. Należy chorego ułożyć w półsiedzącej pozycji, na głowę należy położyć lód, można za uszami postawić pijawki, lub na karku cięte bańki. Nasercowych środków nie należy podawać, również nie należy dawać do wąchania amoniaku. Na serce należy położyć worek z lodem, lub zimny okład. Stopy można zanurzyć w dobrze ciepłej wodzie (nie poparzyć).

Należy bezwzględnie wezwać lekarza.

Utrata przytomności występuje jeszcze przy padaczce i w mocznicy. Obie te choroby związane są z charakterystycznym objawem drgawek. Stan nieprzytomności w padaczce zwykle nie trwa długo, w mocznicy trwa aż do zejścia śmiertelnego. Jeżeli więc będziemy mieli wątpliwości co do przyczyny utraty przytomności, to najlepiej zrobimy, wzywając jak najprędzej lekarza, pozostając jednak samemu przy chorym, pilnując dokładnie, aby w czasie jego nieprzytomności nie stała mu się jaka krzywda i żeby poinformować osobiście lekarza o przebiegu zaobserwowanych objawów.

O utracie przytomności urazowego pochodzenia, a więc o wstrząśnieniu mózgu i wstrząsie urazowym mowa była w odpowiednich rozdziałach.

Dr August Jokiel

Z zagadnień dietetycznych

DIETA W CUKRZYCY

Dietę określa lekarz i należy bardzo ściśle stosować się do jego wskazówek, gdyż nawet niewielkie zmiany tyczące doboru potraw mogą źle się odbić na zdrowiu pacjenta. Wszelkie więc urozmaicenia w związku z jadłospisem, choć pożądane, należy wprowadzać zawsze w porozumieniu z lekarzem.

Znani specjaliści, zajmujący się cukrzycą u nas i za granicą, zgadzają się na następujące dietetyczne leczenie cukrzycy:

1) przez pierwszych 24 godzin leczenia pacjent pozostaje na zwykłym jadłospisie a to dlatego, aby określić ilość wydzielanego cukru i co za tym idzie — stadium choroby;

2) potem chory nie dostaje innego pożywienia, poza czystym rosołem, kawą, herbatą i głodówka ta trwa dopóty, aż się chory odcukrzy;

3) stopniowo dodaje się do diety węglowodanów, w ogólnej ilości około 5 gramów dziennie, aż cukromocz się zjawi;

4) wtedy zmniejsza się ilość węglowodanów do ilości, którą organizm toleruje.

Joslin w Bostonie (U. S. A.) wprowadził pewne zmiany do powyższej kuracji, szczególniej dla cięższych typów cukrzycy. Początkowo usuwa z jadłospisu tłuszcz, po 2—3 dniach usuwa jedynie białko, wreszcie stopniowo do połowy zmniejsza ilość węglowodanów, aż pacjent pobiera 50 gramów węglowodanów lub nawet mniej. Następuje krótka głodówka i zbadanie tolerancji na węglowodany.

W ciągu kuracji dietetycznej często stosują oprócz stałej diety dni w ę g l o w o d a n o w e np. ziemniaczane, kaszane.

Dieta dla chorego na cukrzycę powinna być niższa pod względem wartości kalorycznej od diety zdrowego człowieka, szczególnie dotyczy to cukrzyków otyłych lub wagi normalnej. Przy dużym wychudzeniu należy dbać o wyrównanie wagi przez umiejętne skonstruowanie diety. Po wtóre dieta musi zawierać odpowiednią ilość materiału budulcowego, a więc białka, soli mineralnych, wody. Najlepszym produktem, dostarczającym tych składników, jest mięso, ser, jaja. Ponieważ jednak najkorzystniejszym białkiem dla chorych na cukrzycę jest białko jaj i warzyw, natomiast białko, zawarte w mięsie, rybach, mleku, twarogu wywiera niekorzystny wpływ na przemianę materii w cukrzycy, należy mleko i twaróg ograniczać i zawsze podawać wraz z innymi pokarmami wnoszącymi białko.

Poza materiałem energetycznym i budulcowym, dieta cukrzyka musi zawierać materiał regulujący, a więc sole mineralne, kwasy organiczne, błonnik (regulowanie trawienia) i witaminy (regulowanie przemiany ma-

terii). Największej obfitości tych składników dostarczają warzywa liściaste i świeże korzeniowe, a witamin A i D — świeże masło.

Warzywa

Spośród warzyw główną zwrócić należy uwagę na racjonalne przyrządzanie liściastych. Zasady są tu następujące:

1) po wypłukaniu należy warzywa liściaste sparzyć w obfitości osolonej wody;

2) możliwie krótko gotować;

3) gotować zawsze w naczyniach odkrytych;

4) podawać zaraz po przyrządzeniu i nigdy nie odgrzewać.

Przez długie gotowanie tych jarzyn ponosimy bardzo duże straty, polegające na zmniejszeniu się ich wartości odżywczej, smakowej i na braku estetycznego wyglądu potrawy. Straty te spowodowane są ulotnieniem się różnych składników, rozpuszczalnością niektórych części składowych warzyw w wodzie ogrzewanej, oraz zniszczeniem niektórych witamin. Zielony barwik roślin (chlorofil), który jest pokrewny barwikowi krwi, hematynie, i bardzo potrzebny przy tworzeniu się krwi, ulega wtedy niepożądanym zmianom. Podczas gotowania zabarwionych na zielono warzyw, lotne i nielotne kwasy organiczne łączą się z chlorofilem, powodując zabarwienie oliwkowo-zielone. Jeśli zdejmiemy pokrywkę z rondla, w którym gotowały się zielone warzywa, wtedy część kwasów organicznych lotnych uchodzi z parą i kolor jest mniej oliwkowy, bardziej zielony. Doświadczenie wykazało, że największy procent tych lotnych kwasów uchodzi z początku gotowania. Jeśli więc dla oszczędności gotujemy pod przykryciem, należy odkryć pokrywkę przynajmniej na pierwszych kilka minut. Podobnie korzystny wpływ ma dodawanie mleka i soli do wody, w której obgotowujemy warzywa. Jarzyny zielone, jak szpinak, jarmuż, groszek zielony, fasola szparagowa, brukselka, kapusta włoska, niektóre sałaty zielone gotujemy według powyższych zasad i podajemy zaprawiane śmietaną, masłem, żółtkiem, słoniną lub grzybami. Poza tym i poza solą i kilku łyżkami mleka nie dodajemy nic więcej. Wszelkie zasmażki i oprószania mąką są zabronione.

Rozpatrzmy kilka sposobów przyrządzania niektórych jarzyn na 4—5 porcji.

Szpinak. 1,5 kg. szpinaku, 1/8 litra gęstej śmietany, 2 dkg. masła lub, o ile śmietana zabroniona, 5 dkg. tłuszczu (masło lub słonina). Trochę roztartego czosnku lub cebuli do smaku. 1) Przebrać szpinak, odciąć korzonki, rozerwać na poszczególne liście, nie odrzucając ogonków, w których jest bardzo wiele soli mineralnych; 2) starannie wypłukać pod bieżącą wodą; 3) wrzucić do wody dobrze osolonej; 4) zagotować bez przykrycia; 5) starannie odsączyć wodę na sicie; 6) posiekać drobno tasakiem (przy przepuszczaniu przez maszynkę tracimy zbyt wiele soków); 7) rozgrzać tłuszcz

w rondelku i dusić szpinak, gdy zmięknie, dodać śmietany lub zaciągnąć żółtkiem.

Sałata zielona gotowana. Najzdrowsza jest sałata zielona na surowo, doprawiona oliwą i cytryną, dla odmiany jednak można podawać ją gotowaną. 4—5 główek dość dużych sałaty cukrowej, wrząca osolona woda, 4—5 dkg. masła. 1) Wymyć starannie główki sałaty, obcinając jedynie korzonek, a nie rozdzielając na poszczególne liście; 2) wrzucić całe główki do osolonej wrzącej wody, gotować 2—3 minuty; 3) odsączyć starannie; 4) podać z kawałkami świeżego masła na wierzchu.

Sałaty na zimno przyrządzamy w różnorodny sposób: 1) z sałat zielonych doprawionych oliwą i cytryną lub też przyprawionych śmietaną i jajami na twardo, o ile te produkty uwzględnił lekarz w jadłospisie; 2) z kwaszonych ogórków i sałat zielonych lub kwaszonej kapusty doprawionych poniżej wymienionymi przyprawami i sosami; 3) z warzyw korzeniowych ugotowanych; 4) z owoców takich, jak pomarańcze w połączeniu np. z marchwią, i jabłka w połączeniu z marchwią. Do tych sałat możemy używać majonezu, sosu z żółtek z chrzanem i twarożku ze śmietaną, z oliwą i cytryną.

Marchew jako warzywo zawierające sporo cukru należy po pokrajaniu wymoczyć 1½—2 godzin a potem podać na surowo lub ugotować. Poza warzywami wymienionymi podawać można szparagi, salcefię, pomidory, ogórki świeże i kwaśne, kalafior, kalarepkę, karczochy, pory, rzodkiewkę i wreszcie różne grzyby.

Zupy

Zupy dla chorych na cukrzycę przyrządzać należy na podstawie wywaru z kości, włoszczyzny i ewentualnie grzybów suszonych bez zasmażek i mącznych dodatków. Najodpowiedniejsze są następujące: barszcz czerwony na kwasie naturalnym z zakwaszonych buraków, kapuśniak, pomidorowa, ogórkowa, kminkowa, kalafiorowa, zupa na kościach cielęcych, szparagowa. Zupy podajemy klarowne lub zabielane śmietaną, zaciągnięte żółtkiem. Dla zwiększenia uczucia sytości podawać możemy niektóre z tych zup z duszonymi jarzynami. A więc do kapuśniaku — kapustę poddusić w tłuszczu, do ogórkowej — w kostkę krajane ogórki z siekaną cebulą poddusić w tłuszczu. Warzywa mające więcej cukru, jak marchew, selery, groszek zielony po oskrobaniu moczymy w zimnej wodzie, krajemy w paski i dusimy w tłuszczu i dodajemy do odpowiednich zup klarownych. Poza tym możemy zupy zaciągać żółtkiem.

Potrawy z jaj i twarogu

Jaja najlepiej podawać z warzywami, a więc np. jaja smażone z pomidorami, omlety z jarzynami duszonymi, jaja w sosie beszamelowym (bez

mąki). O ile ziemniaki dozwolone, można część wyznaczonej ich ilości zużyć do wypiekanej babki z jaj, ziemniaków i grzybów ze śmietaną, do faszerowanych ziemniaków, do sufletów z ziemniaków i jaj.

Kluseczki z twarogu. Na 4 porcje 50 dkg. świeżego twarogu, 4 żółtka, piana z 2 białek, 5 dkg. masła, sól. 1) Utrzeć masło, dodać po jednym żółtku; 2) wycisnąć twaróg przez serwetę; 3) dodać twarogu do masła, utrzeć razem; 4) dodać na sztywno ubitej piany; 5) kłaść małe kluseczki na gorącą, nie wrzącą wodę, aby się zlekka ścięły; 6) potrzymać 2—4 min. pod przykryciem; 7) wyjąć łyżką dziurkowaną i polać masłem stopionym.

Twaróg miękki, roztarty z dodaniem masła lub śmietany zastosowujemy w jadłospisach dziecięcych codziennie, jako dodatek do sosów sałatkowych, jako główny składnik budyni, jako podstawa klusek lub wreszcie jako główna potrawa na śniadanie lub kolację ze szczypiórkiem, rzodkiewką.

Potrawy z mięsa i ryb

Należy je dobierać bez sosów i mąki. Wszelkie kotlety panirowane zastąpić naturalnymi, a do mięsa mielonego nie wolno dodawać bułki i mąki. A zatem wskazane jest przeznaczoną przez lekarza ilość mięsa lub ryby podawać w postaci pieczonej, smażonej, gotowanej lub w formie galaret. Duszenia nie stosujemy, chyba, że bez dodatku mąki do sosu i przy ograniczeniu jarzyn korzeniowych do duszenia. Przy ograniczeniu tłuszczu stosujemy pieczenie w papierze „perga-mir“. (Przepisy i papier ów można dostać w różnych sklepach, głównie w składach Spiesa). Podstawą sosów do mięsa i ryb oraz do potraw z jaj, dla chorych na cukrzycę nie jest zasmażka z mąki, lecz żółtko ubite na parze z dodaniem śmietany lub rosołu oraz przypraw, np. do sosu pomidorowego bierzemy uduszone pomidory z dodatkiem cebuli i startego sera litewskiego, sos beszamelowy robimy w ten sposób, że dodajemy sera litewskiego, śmietany, całe jajo starannie rozkłócone, i ubijamy na parze, do chrzanowego bierzemy jedynie gęstą śmietanę wymieszaną z uduszonym w maśle chrzanem.

Spośród potraw z mięsa i ryb najlepsze są następujące: budyń z cielęciny, z szynki i marchwi, budyń z ryb, pieczone mięso i ryby, ryby i mięso w galarecie.

Podaję przepis na budynie, jako mało znane potrawy.

Budyń z cielęciny. Na 4 porcje, 40 dkg. cielęcej szyncłówki, 2 jaja, 5 dkg. masła, sól, sok z cebuli do smaku.

1) Wysmarować tłuszczem formę budyniową, 2) zagotować wodę w odpowiednim garnku do formy; 3) utrzeć masło, dodać żółtek, mielonej cielęciny, piany, doprawić do smaku; 4) włożyć do formy, szczelnie zamknąć i gotować 20 minut; 5) podać z sosem pomidorowym: t. j. udusić 10 dkg.

powidełka pomidorowego z 4 dkg. masła i 4 dkg. cebuli, przetrzeć, doprawić gęstą śmietaną i polać budyń.

Budyń z szynki i marchwi. 20 dkg. szynki, 25 dkg. marchwi, 5 dkg. masła, 2 jaja, sok z cebuli lub cytryny do smaku. 1) Przygotować formę i garnek do gotowania budyniu; 2) oskrobać marchew i wymoczyć w wodzie przez 1—2 godziny; 3) podgotować marchew; gdy jędrna jeszcze i twardawa, zetrzeć na tarle, dodać zmielonej szynki; 4) utrzeć masło, dodać żółtek, wymieszać, dodać szynki i marchwi, przyprawy, pianę wymieszać, włożyć do formy budyniowej i gotować 20 minut. — Podając polać sosem pomidorowym lub też chrzanowym.

Jako desery najodpowiedniejsze są owoce zawierające mało cukru t. j. pomarańcze, jabłka, agrest, porzeczki. Jabłka podajemy zarówno surowe jak i pieczone. Podpieczone jabłka możemy nadziewać orzechami, na wierzchu obłożyć na sztywno ubitą pianą w kształcie stożka, dodać trochę sionon u (środka słodzącego) zamiast cukru, obsypać orzechami siekanymi i zapiec w piecu niezbyt gorącym. Pomarańcze podajemy wyłącznie na surowo. Agrest, porzeczki, jak również rabarbar, za zezwoleniem lekarza, podawać możemy w różnorodnej formie. O ile podajemy kompoty, to można dodawać środków słodzących po ugotowaniu, na zimno. Szczególnie dotyczy to powszechnie znanej sacharyny, która zmienia smak potrawy na bardzo niepożądany, gdy jest dodana na gorąco lub w trakcie gotowania.

Środki słodzące dodajemy z polecenia lekarza i to w ilości ściśle przez niego podanej, gdyż wszelkie eksperymenty na swoją rękę w tej diecie mogą choremu poważnie zaszkodzić.

M. Morzkowska, mag. diet.

Z zagadnień psychiatrycznych

O kąpielach długotrwałych

Dr Fr. Berezowski, prymariusz Krajowego Zakładu Psychiatrycznego w Kościanie, w nr. 1. 1938 „Nowin lekarskich" podaje swój odczyt, wygłoszony na zjeździe Psychiatrów Polskich p. t. „Doświadczenia kliniczne nad kąpielami przedłużonymi o ciepłocie obojętnej, w leczeniu podnieceń psychomotorycznych".

W podnieceniach psychoruchowych stosuje się dwa sposoby leczenia: chemiczne, tzn. środkami narkotycznymi, których stałe podawanie nie przechodzi bez śladu ujemnego dla organizmu, albo zabiegi fizykalne, to znaczy wilgotne owijanie ciała i kąpiele. Jednakże wilgotne owijania podnoszą znacznie temperaturę ciała, co wzmaga ciśnienie krwi i pracę serca. Z tego względu zabieg ten nie może być stosowany u chorych z niedomaganiami serca i naczyń i tam, gdzie należy serca oszczędzać, to jest w stanach silnego podniecenia ruchowego. Pozostają zatem kąpiele, jako bardzo ważny czynnik w leczeniu fizykalnym.

Leczenie wodą polega na działaniu bodźców termicznych na zakończenia nerwowe, a w wypadku, gdzie temperatura bodźców różni się od temperatury skóry, podnieta

przenosi się na nerwy naczynioruchowe, przy czym naczynia zwężają się lub rozszerzają. Układ nerwowy wegetatywny, który ma za zadanie stworzenie jak najkorzystniejszych warunków ciśnienia dla pracy serce, regulację tę odbywa dzięki odruchom naczyniowym w głównej mierze.

Kąpiele dzielą się na: 1) zimne (poniżej 25°), 2) chłodne (25—32°), 3) obojętne (33—34°), 4) letnie (35—37°), 5) gorące (od 38°). Zarówno kąpiele zimne jak i gorące zwiększają pobudliwość układu nerwowego i powodują podwyższenie ciśnienia krwi; jedne i drugie są przeciwwskazane przy chorobach serca i naczyń. Natomiast kąpiele obojętne, których cieplota równa się cieplocie skóry, nie zadrażniają zakończeń nerwowych, działają kojąco na organizm i hamują efekt podrażnień ukadu nerwowego przez inne bodźce zewnętrzne. Wynikiem tych kąpieli jest zwolnienie tętna i obniżenie ciśnienia krwi, zwykle podwyższonego u pacjentów psychomotorycznych, przybieranie na wadze, lepszy apetyt. Należy przypuszczać, że kąpiel obojętna działa leczniczo w podnieceniach psychoruchowych dzięki temu, że przywraca układ wegetatywny do względnie fizjologicznego stanu równowagi, zakłóconej w stanie podniecenia chorego.

Kraeplin stosował w klinice w Heidelbergu kąpiele obojętne w lecznictwie psychiatrycznym, jako kąpiele przedłużone o temp. 34°. Stosowane były w podnieceniach maniaków, podnieceniach paralitycznych, katatonicznych, z bardzo dobrym rezultatem. Prócz tego stosował ponad ½ godziny trwające kąpiele w lekkich stanach lękowych, mające nawet, pod wieczór stosowane, działanie nasenne.

Dr Berezowski stosował kąpiele kraeplinowskie w Zakładzie w Kościanie w okresie półtorarocznym u 68 osób (32 mężczyzn i 36 kobiet). Podczas kuracji przeprowadzono cały szereg badań jak ważenie co tydzień, mierzenie ciśnienia krwi przed i po zabiegu. Kąpiele trwały 1—8 godzin, wykonywano je tylko w ciągu dnia.

Wyniki lecznicze były następujące: u kobiet w podnieceniach psychomotorycznych, u których dawki zabiegu kąpielowego obracały się w granicach 4—6 godzin, najlepiej działał zabieg sześciogodzinny. U mężczyzn kąpiele trwały od 2—4 godzin i najkorzystniejszy był zabieg czterogodzinny. Działanie lecznicze kąpieli najskuteczniejsze jest w podnieceniu natury reaktywnej, następnie w stanach zamroczenia z podnieceniem psychomotorycznym epileptyków, w podnieceniu maniakalnym, podnieceniu w porażeniu postępowym oraz w podnieceniach schizofrenicznych.

Kąpiele o temperaturze obojętnej, zmniejszające nasilenie podniecenia psychoruchowego, skracają czas trwania podniecenia, wpływają korzystnie na sen podnieconych chorych, przy czym także dobrze wpływają na podniesienie wagi ciała.

Jedynym przeciwwskazaniem stosowania tych zabiegów są stany kataralne dróg moczowych i to tylko ze względu na obawę braku dozoru po kąpielach, kąpiel bowiem sama przez się spraw tego rodzaju nie może pogorszyć.

B. Świacka
Abs. U. S. P. i H. w Krakowie

Leczenie schizofrenii insuliną

W „Nowinach Lekarskich" (zeszyt 4, 1938). Dr. Tadeusz Kaźmierski w artykule p. t. „W sprawie leczenia schizofrenii insuliną" podaje metody i wyniki tej terapii na podstawie doświadczeń w Szpitalu w Gostyninie.

Leczenie schizofrenii za pomocą insuliny zapoczątkował w Klinice Wiedeńskiej Sakel, osiągając nadzwyczajne wyniki, bo całkowitych remisji aż 70%, daleko idących stanów poprawy 18%. W Polsce pierwsze próby leczenia schizofrenii insuliną podjęto w Klinice Psychiatrycznej Wileńskiej i Warszawskiej oraz w Zakładzie Psychiatrycznym „Zofiówka" w Otwocku.

W szpitalu w Gostyninie do leczenia insuliną wybierano przeważnie przypadki stosunkowo świeżej schizofrenii (t. j. takiej, która nie trwała dłużej niż dwa lata). Pacjenci podlegali uprzednio specjalnemu badaniu płuc, serca i nerek; od rodzin pacjentów uzyskiwano zgodę na kurację insuliną.

Leczenie polegało na stosowaniu insuliny co drugi dzień na czczo i to w postaci zastrzyków podskórnych. Rozpoczynało się zwykle dawką 20 jednostek insuliny, co drugi dzień zwiększało się ją o 10 jednostek, dochodząc do dawki wywołującej wstrząs. Po upływie 20 minut do jednej godziny po zastrzyku, występowały objawy niedocukrzenia zwane prehypoglikemią, a mianowicie występowało uczucie niepokoju, osłabienia, lekkie poty, nieznaczne drżenie kończyn, przyśpieszenie akcji serca, uczucie głodu, nieraz szczególny apetyt na słodycze. Po godzinie wymienione objawy nasilały się i dołączały się do nich nowe, dające wyraźne objawy niedocukrzenia czyli hypoglikemii: bardzo silne poty, senność, bladość twarzy, drżenie kończyn, tętno zmieniające się, przeważnie powolne, oddech powolny, głęboki, układ ust jakby do ssania, czasem zez i kurcze mięśni twarzy. Stan ten przeobrażał się we wstrząs; oddech stawał się chrapiący, występowała nieprzytomność, wiotkość mięśni, zanik odruchów, tętno raz wolne, to znów przyśpieszone. Nieraz mięśnie sztywniały, pojawiały się drgawki, częściej w kończynach górnych niż dolnych i mięśni twarzy. Drgawki te dochodziły nieraz do stopnia ogólnych drgawek klonicznych, czasami o charakterze padaczkowym, a raz nawet wstrząs przypominał atak epileptyczny.

Stan niedocukrzenia przerywano przeciętnie w 4—5 godzin po zastrzyku insuliny, zazwyczaj po półgodzinnym trwaniu wstrząsu śpiączkowego; gdy objawy ze strony tętna stawały się niepokojące lub dochodziło do ogólnych drgawek, stan niedocukrzenia przerywano natychmiast podając, zawsze dożylnie, 25% roztwór glukozy w dawce 50—90 cm^3. W 1—2 minuty po zastrzyku chory wracał całkowicie do przytomności, czasami jednak stan zamroczenia utrzymywał się przez 1—2 godzin.

Badanie na cukier krwi, pobranej tuż przed przerwaniem zapaści hypoglikemicznych, wykazało u większości leczonych mniej więcej od 0,030—0,040% cukru. (Norma cukru we krwi wynosi od 0,093—0,120%). Najniższy poziom cukru we krwi wśród objawów niedocukrzenia wynosi 0,019%.

Wszyscy chorzy znosili to leczenie dobrze; nie było wypadku śmierci ani powikłań. Natomiast odpowiedni efekt, t. j. wstrząs, uzyskiwano u różnych pacjentów po indywidualnie różnych dawkach insuliny: np. jeden pacjent po doprowadzeniu dawki do 80 jednostek zareagował gwałtownymi drgawkami, u innego po podaniu 140 jednostek wystąpił wstrząs w postaci ataku epileptycznego, a u innego znów 200 jednostek insuliny wywołało tylko poty i senność. Najwyższa dawka insuliny, podana jednorazowo w szpitalu w Gostyninie, wynosiła 240 jednostek.

Podczas stosowania insuliny, u niektórych pacjentów w stanach niedocukrzenia objawy psychozy zaostrzały się. Jednak tuż po podaniu glukozy u pewnego katatonika zaobserwowano przerwanie się stuporu na pół do jednej godziny, pacjent rozmawiał rzeczowo i zadawał logiczne pytania. Po pół godziny stupor wracał. Po ukończeniu kuracji pacjent ten został wypisany ze szpitala ze znaczną poprawą, po kilku tygodniach nastąpiła u niego dalsza poprawa. Obecnie pacjent pracuje pod opieką rodziny, dość chętnie rozmawia z otoczeniem, jednakże utrzymuje się pewne zahamowanie i pewien negatywizm.

Na piętnastu chorych, u których przeprowadzono leczenie insulinowe w szpitalu w Gostyninie, uzyskano jedną całkowitą remisję i dwie bardzo duże poprawy, przy czym u jednego pacjenta po 3-ch miesiącach nastąpiła recydywa, ale już w łagodniejszej postaci; trzech chorych wykazało bardzo nieznaczną poprawę stanu zdrowia, a u dzie-

wieciu nie zauważono żadnej poprawy. Poprawę stwierdzono przede wszystkim w świeżych przypadkach schizofrenii.

Autor stwierdza na podstawie osiągniętych wyników, że „metoda insulinowa w porównaniu z innymi stosowanymi metodami, zwłaszcza z leczeniem gorączkowym malarią, nie wykazała w wynikach jakiejś zdecydowanej przewagi", lecz jeśli chodzi o leczenie pacjenta fizycznie podupadłego, bardziej wskazane jest leczenie insulinowe. Leczenie insuliną posiada ujemne strony: jest dość niebezpieczne dla chorego, wymaga specjalnego personelu lekarskiego i pielęgniarskiego i jest dosyć kosztowne.

Anastazja Downarowiczowa
Abs. U. S. P. i H. w Krakowie

Kronika pielęgniarska

Z WARSZAWSKIEJ SZKOŁY PIELĘGNIARSTWA

Dnia 26 marca b. r. odbyła się w Szkole uroczystość rozdania dyplomów absolwentkom kursu XXIX. Dyrektorka Szkoły, p. Jadwiga Romanowska, zdała sprawozdanie z działalności Szkoły za rok 1937, z którego podajemy najważniejsze momenty.

W roku sprawozdawczym Warszawska Szkoła Pielęgniarstwa poniosła niepowetowaną stratę przez śmierć ś. p. pani Marii Okolskiej, wykładowcy szkoły, oraz ś. p. Dr. Marii Grycewicz, lekarza szkolnego i wykładowcy — obie pracowały w Warszawskiej Szkole Pielęgniarstwa od pierwszych lat jej istnienia, okazując zawsze jak największą przychylność, pomoc i zainteresowanie pielęgniarstwem.

W roku sprawozdawczym Warszawska Szkoła Pielęgniarstwa osiągnęła najwyższą od czasu istnienia Szkoły przeciętną liczbę słuchaczek, wynoszącą 165 dziennie, t. j. o 22 więcej niż w roku 1936. Internat musiał zostać przystosowany do zwiększonej liczby słuchaczek; aby je pomieścić, dotychczasowe pokoje jednoosobowe przekształcono na dwuosobowe, a dwuosobowe na trzyosobowe.

Praktyka słuchaczek odbywała się w następujących instytucjach: na Klinikach Uniwersytetu Józefa Piłsudskiego na oddziałach wewnętrznym i ginekologiczno-położniczym o 131 łóżkach (w tym 40 noworodków); w ambulatorium chirurgicznym; w Szpitalu im. Karola i Marii na oddziale chirurgicznym i niemowlęcym łącznie o 50 łóżkach, w VII i II Ośrodku Zdrowia i Opieki Społecznej Zarządu m. st. Warszawy, w kilku szkołach powszechnych miejskich, w Ośrodku Zdrowia powiatowym w Raszynie, w Żłobku przy fabryce Wedla i II Obwodzie Warszawskiej Ubezpieczalni Społecznej.

Dnia 15. X. 1937 Oddział Ginekologiczny Kliniki Uniwersyteckiej zaangażował 2 absolwentki szkoły, które objęły opieką nie tylko mały oddział chorych na raka, ale i 2 salki o 12 łóżkach, za które poprzednio była odpowiedzialna Szkoła, wskutek czego liczba łóżek szkolnych, która była za duża proporcjonalnie do potrzeb szkolenia, zmniejszyła się o 12.

Praktyka w pielęgniarstwie społecznym została przeniesiona w dniu 1. X. z VII do II Ośrodka Zdrowia, położonego w pobliżu szkoły. II Ośrodek Zdrowia przy ul. Opaczewskiej zapewnia słuchaczkom równie pełną i dobrą praktykę jaką miały w VII Ośrodku Zdrowia, a dzięki swemu położeniu pozwala na zaoszczędzenie czasu przejazdów i nie wymaga dowożenia na miejsce obiadów. Do prowadzenia praktyki w II Ośrodku Zdrowia i ogólnego kierunku w dziale pielęgniarstwa społecznego została zaangażowana p. Stanisława Orzechowska, której kilkoletnie doświadczenie pielęgniarskie, pedagogiczne i studia społeczne zapewniają właściwy poziom i rozwój tego działu pracy.

1. XI. 1937 r. objęła Szkoła pracę w pielęgniarstwie rejonowym w II Obwodzie Warszawskiej Ubezpieczalni Społecznej. Rejon powierzony Szkole obejmuje bliskie, przyległe do Szkoły ulice. Słuchaczki zaznajamiają się w tym dziale z pracą przy lekarzu domowym i pielęgnują chorych Ubezpieczalni w domach. Praktyka w Ubezpieczalni Społecznej jest bardzo ważna i cenna dla Szkoły, gdyż zaznajamia słuchaczki z metodami pracy i obowiązkami pielęgniarek Ubezpieczalni Społecznej, która niejednokrotnie przyjmuje absolwentki do pracy na swoich placówkach. Rejon Ubezpieczalni Społecznej, który objęła Szkoła zamiast praktyki w pielęgniarstwie domowym przy Stacjach Opieki Społecznej, został powierzony doświadczonej i wyrobionej instruktorce Szkoły p. Zofii Bogatkowskiej.

Na sprawę zdrowia i wychowania fizycznego słuchaczek zwróciła Szkoła specjalną uwagę w roku sprawozdawczym. Od 15. IV. 1937 r. wprowadzono obowiązkowe lekcje gimnastyki trwające przez cały rok po 4 godziny tygodniowo. Gimnastyka odbywa się w sali gimnastycznej lub na tarasie szkoły. Ćwiczenia prowadzone przez fachową instruktorkę są uzależnione od rodzaju zajęć słuchaczek i dzięki temu nie tylko nie wywołują przemęczenia, lecz zapewniają poprawę ich zdrowia i wyrabiają fizyczną sprawność.

Nowoprzyjętych słuchaczek było w 1937 roku 71, ukończyło szkołę 52, opuściło szkołę 11. Słuchaczki, które ukończyły Szkołę natychmiast otrzymały przydziały pracy. Z pośród 52, które otrzymały dyplomy w 1937 r., 26 pracuje w pielęgniarstwie społecznym, a 24 w szpitalnym, nie pracuje 1, jako instruktorka pracuje 1, na prowincji pracuje 22, t. j. 43% słuchaczek. W przydziałach pracy Szkoła musi uwzględniać dzisiaj, z wyjątkiem zapotrzebowań Zarządu m. st. Warszawy — zapotrzebowania wsi i tam w przyszłości będzie przeważnie kierować kończące słuchaczki, jest to zgodne z zaleceniami Departamentu Służby Zdrowia.

Ogólna liczba słuchaczek, które ukończyły Warszawską Szkołę Pielęgniarstwa od początku jej istnienia wynosi 459. Z wyjątkiem niewielkiego odsetka nie pracujących ze względów osobistych, wszystkie są zatrudnione, a zapotrzebowanie pracy pielęgniarek z pełnymi kwalifikacjami jest zapewnione na długi okres czasu.

Wpływy Szkoły za rok 1937 były następujące:

Ministerstwo Opieki Społecznej	zł.	1.920.—	czyli	0.7%	ogóln. budż. wpływ.
Departament Służby Zdrowia	„	68.885.—	„	26.12%	„
Zarząd m. st. Warszawy	„	35.000.—	„	13.14%	„
Ubezpieczalnia Społ. w Warszawie	„	3.600.—	„	1.36%	„
Opłaty słuchaczek	„	152.087.60	„	57.8%	„
Różne wpływy	„	2.313.—	„	0.88%	„
Ogółem wpływów	zł.	263.805.60			

Suma wydatków Szkoły wyniosła zł. 267.603.37.

W zakresie pomocy materialnej dla Słuchaczek znajdowała Szkoła, podobnie jak w latach ubiegłych, pomoc i oparcie w Towarzystwie Przyjaciół Warszawskiej Szkoły Pielęgniarstwa. W roku sprawozdawczym Towarzystwo udzieliło 52 zapomóg na leczenie zębów, 21 na poratowanie zdrowia, 10 na odzież i obuwie, 9 na wyjazdy wakacyjne, innych 18. — Koło sportowe Tow. prowadziło gimnastykę i umożliwiło 22 słuchaczkom wzięcie udziału w wycieczce do Lasek i Liskowa. Dla słuchaczek odbywających praktykę w wiejskim ośrodku zdrowia w Raszynie Tow. zakupiło rower i przekazało go szkole.

Dyplomy otrzymały:

Barbara Ansorge
Krystyna Auerbach
Izabela Baranowska
Helena Bawionik
Maria Burkacka
Irena Choińska
Justyna Czerniawska
Lubomira Czerniawska
Zofia Giedroyć
Alicja Horodko
Krystyna Karpińska
Józefa Kaszewska
Helena Krym
Sabina Kurowska
Janina Lenart
Elżbieta Ryż
Jadwiga Smereka
Halina Smikalla
Irena Szablak
Świetlana Szarska
Ludomiła Szeliga
Elżbieta Wilczyńska
Maria Wysocka
Maria Zakrzewska

Z Polski i z całego świata

KONGRES DZIECKA

W październiku b. r. odbędzie się w Warszawie ogólnopolski Kongres Dziecka. Zadaniem Kongresu będzie zainteresowanie społeczeństwa życiem i potrzebami dziecka, wszelkimi związanymi z tym zagadnieniami, zespolenie wysiłków wychowawczych i sposobów postępowania z dziećmi rodzin i czynników społecznych, instytucyj państwowych i samorządowych, a ogólnie — poprawę doli dziecka w Polsce.

O ZDROWIE WSI

Ministerstwa Op. Społ. i Spraw Wewnętrznych rozpatrują wniosek Samorządu Lekarskiego o ułatwieniu osiedlania się lekarzy po wsiach. Wniosek przewiduje przede wszystkim przydzielanie lekarzom przez gminy bezpłatnych mieszkań.

PRZESTĘPCY UMYSŁOWO CHORZY

Z chwilą wejścia w życie nowego kodeksu karnego, poczęła się zaostrzać sprawa internowania w zakładach psychiatrycznych chorych, sprawców karalnych czynów. Jak wynika z pisma Ministerstwa Sprawiedliwości do Ministerstwa Opieki Społecznej, około 200 chorych tej kategorii do niedawna pozostawało w więzieniach, a nie w zakładach leczniczych. W obecnych warunkach (brak dostosowania wielu zakadów do przyjmowania chorych niebezpiecznych dla otoczenia, zwłaszcza chorych podsądnych, których trudno się pozbyć i trudno za nich ściągać opłaty) zachodzi obawa, że stan rzeczy, niezgodny z przepisami prawa, utrzyma się czas dłuższy. Paragraf kodeksu karnego musi dopóty pozostać martwą literą, dopóty nie zostanie rozstrzygnięta sprawa jego finansowej realizacji. (Polski Przegląd Psychiatryczny, 1938).

WALKA Z NARKOMANIĄ

Izby lekarskie wystąpiły do Państwowej Służby Zdrowia z wnioskiem wprowadzenia w Polsce rejestru nałogowych narkomanów, co umożliwi kierowanie ich do specjalnego zakładu w Świacku. Ułatwi to również pracę lekarzom, do których zgłaszają się często osoby tylko w celu uzyskania morfiny i przyczyni się do całokształtu skutecznej walki z narkomanią.

DNI PRZECIWGRUŹLICZE

Inicjatorem pierwszych dni przeciwgruźliczych był duński urzędnik pocztowy Einar Holbol, który w roku 1904 wpadł na pomysł, aby doklejano do listów z życzeniami w okresie od 1—10 stycznia znaczki, z których dochód szedłby na walkę z gruźlicą. W Polsce ostatnie dni przeciwgruźlicze odbyły się pod hasłem „brońmy dzieci przed gruźlicą" w kwietniu b. r.; nie odłożono ich jak zwykle do jesieni, aby uniknąć akcji jednocześnie z „pomocą zimową".

PRZYGOTOWANIE PIELĘGNIAREK DO SŁUŻBY LOTNICZEJ

W ramach kursu L. O. P. P. Zarząd Główny P. C. K. zorganizował kurs spadochroniarski dla pielęgniarek. Kurs obejmował wykłady teoretyczne: sport spadochronowy, jego organizację w Polsce i za granicą, budowę spadochronów, obliczanie miejsca i czasu wylądowania, fizjologię skoków. Ćwiczenia polegały na składaniu i zwijaniu spadochronów, skokach z trapezu i wieżyczki spadochronowej, wreszcie — z balonu i samolotu. 8 i 9 maja odbyły się skoki grupowe po 3 osoby z wysokości 700 m. z aparatu wojskowego „Fokker". Pielęgniarki przygotowujące się do obowiązków na wypadek wojny, należycie rozumiejąc wagę ćwiczeń, okazały dużą odwagę i szybkość orientacji. W kursie wzięła udział grupa uczennic Szkoły Pielęg. P. C. K. w Warszawie.

OPIEKA NAD DZIECKIEM

W kwietniu b r. odbył się pod przewodnictwem p. Ministra Op. Społ. pierwszy ogólnopolski zjazd wojewódzkich komitetów pomocy dzieciom i młodzieży. Według przedstawionych sprawozdań dotyczących dożywiania dzieci w wieku szkolnym,

w roku 1935/36 dożywiano 364.184 dzieci,
„ 1936/37 „ 659.276 „
„ 1937/38 „ 800.000 „

a więc w stosunku do roku 1935/36 zwiększono akcję o 220%. Ogółem z ogólnej liczby dzieci od lat 5—14, obliczanej na 7 milionów, dożywiano w roku 1937/38 11.4%.

Jeżeli chodzi o działalność kolonii i półkolonii letnich to z nich
w roku 1923 korzystało 19.450 dzieci,
w roku 1933 — 160.755 dzieci,
w roku 1937 — 430.000 dzieci.

Przy czym wzmógł się zwłaszcza rozwój półkolonii.

KONGRES BEZPIECZEŃSTWA PRACY

Ostatnio obradował w Warszawie Kongres Bezpieczeństwa Pracy. Między innymi powziął on następujące uchwały, które podajemy w skróceniu:

Warsztat wytwórczy, aby wypełnić dobrze i z całym poczuciem odpowiedzialności swą doniosłą rolę w życiu społecznym i kulturalnym, opierać się winien na następujących podstawowych zasadach: czas, w którym przebiega proces wytwórczy, nie może być

marnowany; w czasie tym praca powinna się odbywać w warunkach zapewniających zdrowie pracownikowi; w czasie tym należy: wzmacniać energię twórczą pracownika, wzmacniać jego poczucie odpowiedzialności wobec zbiorowości, wzmagać zamiłowanie do rzetelnej, porządnej i wytrwałej pracy, a przez wytworzenie odpowiedniej atmosfery pracy podnosić wartości moralne i kulturalne pracownika.

W organizacji służby bezpieczeństwa niezbędny jest współudział fachowców z dziedziny higieny, fizjologii pracy i profilaktyki przeciwpożarowej.

W związku z procesem uprzemysłowienia kraju, w szczególności zaś w związku z planową budową nowych ośrodków przemysłowych (C. O. P.) kongres uważa za konieczne zwrócenie szczególnej uwagi na poziom kultury i higieny życia codziennego grup ludzkich, które w tych nowych ośrodkach przemysłowych będą zatrudnione.

Uznając pogłębienie i szerzenie wiedzy w sprawach rządzących czynnikiem ludzkim w pracy za jeden z podstawowych elementów skutecznej akcji bezpieczeństwa pracy, kongres stwierdza potrzebę stworzenia odpowiednich podstaw finansowych, umożliwiających działalność naukowo-badawczą placówek, poświęconych tej dziedzinie.

W pierwszym rzędzie konieczne jest utworzenie przy jednej z uczelni wyższych zakładu i katedry fizjologii pracy, w celu pogłębienia studiów badawczych w tej dziedzinie jak również w celu stworzenia podstaw nauczania o funkcjonowaniu ustroju ludzkiego w warunkach pracy, w szkołach technicznych i na studiach lekarskich.

SEJMIK PRZECIWALKOHOLOWY

W maju b. r. obradował w Poznaniu X Ogólnopolski Sejmik Przeciwalkoholowy. Był to zjazd opierający swą działalność o centralę poznańską, która skupia pięć związków, w tym cztery ogólnopolskie: Polską Ligę Przeciwalkoholową, Katolicki Związek Abstynentów, Związek Nauczycieli Abstynentów i Polski Związek księży Abstynentów, piątym związkiem jest archidiecezjalny Związek Bractw Wstrzemięźliwości. Centrala poznańska jest największą w Polsce organizacją przeciwalkoholową i liczy 24.819 członków, w tym 15.084 zupełnych abstynentów z czego 12.886 młodzieży, 9.439 wstrzemięźliwych (nie pijących napojów mocnych) i 296 sympatyków.

PIERWSZA POLSKA WYSTAWA SZPITALNICTWA

Z inicjatywy Polskiego Towarzystwa Szpitalnictwa odbędzie się w Warszawie w gmachu budującego się szpitala wojskowego przy ul. 6 Sierpnia pierwsza polska wystawa szpitalnictwa. Zgromadzi ona szereg eksponatów z dziedziny budownictwa i wyposażenia nowoczesnych szpitali. Przemysł farmaceutyczny, dział naukowy, ratownictwo ze szczególnym uwzględnieniem obrony przeciwgazowej, dział wojskowy i lecznictwa społecznego — będą bogato reprezentowane. Uwzględniony będzie również dział pielęgniarstwa. Biuro Wystawy: Boduena 2, m. 2, tel. 320-80.

WYSTAWA OPIEKI NAD DZIECKIEM W RZYMIE

Wspaniała wystawa opieki nad dzieckiem mieściła się na przestrzeni między Palatynem i Awentynem, niedaleko Colosseum. Jeden z pawilonów obejmował turystykę dla dzieci na terenie Włoch oraz „dziecko w sztuce", który to dział obrazował macierzyństwo, dziecko i młodzież jako motywy artystyczne w arcydziełach sztuki włoskiej. Inny pawilon mieścił eksponaty Towarzystwa Opieki nad Matką i Dzieckiem z dziedziny higienicznej, moralnej, społecznej, zakładów, przytułków dla matek i noworodków, poradni. Uwagę zwracał pokoik dziecka i kącik w pokoju dla jednego i dwojga dzieci o różnych stopniach zamożności. Przedstawione statystyki wykazały znaczny wzrost liczby narodzeń, a równocześnie wybitny spadek śmiertelności dziecięcej. Ciekawe ilustracje pouczały o pracy nad młodzieżą moralnie zaniedbaną.

Osobny dział wystawy stanowiło szkolnictwo, przy czym na szczególną uwagę zasługiwało szkolnictwo specjalne z żywym pokazem nauczania dzieci głuchoniemych i niewidomych, oraz szkolnictwo zawodowe.

Olbrzymi gmach kolonii letnich obejmował sadzawkę i boisko, gdzie ćwiczyły się dzieci o doskonałym wyglądzie, opalone, wesołe i zachowujące się naturalnie. Osobny pawilon wystawiła największa organizacja szkolnej młodzieży włoskiej — Balilla. (Życie Młodych, maj 1938).

Redaktor i wydawca odpowiedzialny: Hanna Chrzanowska.
Adres Administracji: Maria Starowieyska. Kraków, ul. św. Krzyża L. 11.

Drukarnia Krakowskich Zakładów Graficznych i Wydawniczych pod zarz. R. Ferka Kraków św. Krzyża 11.

NOWE WYDAWNICTWA:

Dr. Ludwik Anigstein: **Wesz, szczur i dur plamisty**. Str. 23. Warszawa 1937. Biblioteka Odczytowa Pol. Tow. Hig.

Dożywianie dzieci (Instrukcja). Tekst przyjęty przez Wojewódzką Sekcję Pomocy Dzieciom i Młodzieży (Komisja Dożywiania). Str. 16. Poznań 1937. Drukarnia Dziennika Poznańskiego.

Dr. Jan Głembocki: **Zwalczanie wad mowy na terenie szkoły powszechnej**. Cz. I. Uwagi ogólne. Fekanie. Kekanie. Łełanie. Reranie. Szeplenienie. Str. 37. Cz. II. Brak dźwięków. Obniżanie głosu. Chrypka. Bełkotanie. Nosowość. Jąkanie się. Str. 37. Wilno 1938. Nakł. Dziennika Urz. Kuratorium Okr. Szkol. Wil.

Elżbieta Kiewnarska i Ewa Patlikowska: **Obiady i kolacje na jedno lub dwupłomiennej kuchence gazowej**. Str. 76. Warszawa 1938. Nakł. gazowni miejskiej.

Dr. Jerzy Lipnowski: **Powszechny lekarz domowy**. Nakł. 2-gi, poprawiony i uzupełniony, z ilustr. Str. 222. Łódź 1937. Wyd. popul.-naukowe.

Józef Löbel: **Proszę się nie lękać**. 40 rozdziałów medycyny optymistycznej. Przekład Stefanii Baczyńskiej. Tyt. oryg.: *„Haben sie keine Angst"*. Str. 259. Warszawa 1938. J. Przeworski. Zł. 5.

Adolf Raciążer: **Trzydzieści pięć lat walki z dolegliwościami nóg**. O przyszłość polskiej chiropedii. Str. 96. Warszawa 1938. F. Hösick. Zł. 3.

Dr. H. Reznikow: **O krótkich falach i zakresie ich stosowania**. Str. 23. Warszawa 1938. Eskulap. Monografie Lekarskie dla Lekarzy-praktyków. Zł. 1.50.

Dr. Ludwik Rostkowski: **Jak Wojtek swoją rodzinę od jaglicy ratował**. Str. 16. Warszawa 1938. Sekcja Jaglicy Pol. Tow. Okulist.

Prof. dr. Zygmunt Szymanowski: **Choroby zakaźne wspólne człowiekowi i zwierzętom**. Str. 16. Warszawa 1937. Bibl. Odcz. Polsk. Tow. Higien.

Wydawnictwa Koła Przyjaciół Instytutu Higieny Psychiatrycznej. Skład w Naszej Księgarni:

Dorastające dziewczęta 14—17 lat. Str. 15. **Trudny wiek dziewcząt, 12—13 lat**. Str. 13. **Trudny wiek chłopców od 12 do 14 lat**. Str. 16. Wydawnictwa opracowane w Instytucie Higieny Psychiatrycznej. Warszawa 1938.

NADESŁANE DO REDAKCJI:

Słowo Boże w programach Polskiego Radia.

Nakładem Społecznego Komitetu Radiofonizacji Kraju ukazała się interesująca broszura p. t. „Słowo Boże w programach Polskiego Radia". Broszura ta wydana z okazji 11-tej rocznicy wprowadzenia audycji religijnych do programu Polskiego Radia, przedstawia dotychczasowy dorobek Polskiego Radia w dziedzinie audycji religijnych, szczególnie podkreślając działalność na tym polu w latach ostatnich.

Na wstępie znajdujemy artykuł J. E. księdza biskupa śląskiego Stanisława Adamskiego, który położył wielkie zasługi dla wprowadzenia audycyj religijnych do programu Polskiego Radia. Dalsze artykuły wyszły spod piór wybitnych działaczy na polu audycyj religijnych, jak ks. dr. Tadeusz Jachimowski, ks. Michał Rękas, ks. dr. Karol Milik oraz ks. Edward Kosibowicz. Na szczególne podkreślenie zasługuje obszerne omówienie działalności radiostacji watykańskiej oraz współpracy między Polskim Radiem a radiostacją watykańską w czasie transmisji uroczystości knonizacyjnych Błogosławonego Andrzeja Boboli.

Broszura kończy się przeglądem specjalnych audycyj radiowych, nadawanych w ramach roku kościelnego, ze szczególnym uwzględnieniem świąt i takich manifestacji religijnych, jak np. Kongresy Eucharystyczne, oraz przedstawieniem wspaniałego rozwoju akcji „Radia dla chorych".